



## CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVES

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Masculin       Féminin

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code Postal : | ..... |

Ville : .....

Pays : .....

***Merci de nous renvoyer ce certificat daté et signé par votre médecin :***

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné Mr, Mme, Melle : .....

Et n'avoir pas constaté à ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique et l'entraînement du cyclisme en compétition.

Fait à ....., le .....

**cachet et signature du médecin.**